SULLA CURA DELLE ERNIE INCARCERATE E STROZZATE CONSIDERAZIONI...

Cosimo Palamidessi



I.

SULLA

CURA DELLE ERNIE

INCARCERATE E STROZZATE

CONSIDERAZIONI

DEL

DOTTORE COSIMO PALAMIDESSI

AJUTO NELLA CLINICA CHIRURGICA DI S. M. NUOVA
E PUBBLICO RIPETITORE DI CHIRURGIA OPERATORIA
NELLA SCUOLA DI COMPLEMENTO E PERFEZIONAMENTO



FIRENZE
TIPOGRAFIA DI MARIANO CECCHI

1852

Estr. dalla GAZZETTA MEDICA ITALIANA — *federativa* — TOSCANA —
Tom. II, Ser. II.

Allor quando il Barone Seutin visitò la Clinica Chirurgica di questo Arcispedale, avevamo in uno dei letti relativi alla medesima certo Giuseppe Grazzini del Galluzzo, d' anni 73, affetto da antico oscheocele intestinale a sinistra, incarcerato da varj giorni, e senza fenomeni allarmanti di strangolamento. I tentativi più e più volte ripetuti di taxis non erano stati mai efficaci di ridurre le viscere protruse, e noi attendevamo, per la mancanza d' urgenza, la riduzione non infrequentemente spontanea di quelle. Il suddetto Chirurgo informatosi del caso propose di eseguire sull' individuo, che ne era il soggetto il suo metodo di sbrigliamento sottocutaneo per lacerazione dell' anello aponevrotico, che egli ordinariamente eseguiva col dito introdotto ad uncino fra il sacco erniario e l' anello fibroso, introflettendo fra l' uno e l' altro il comune integumento, o con arnese ottuso resistente, di azione analoga a quella del dito, più o meno voluminoso secondo il grado di tensione minore, o maggiore dell' anello strangolante. Aderimmo di buona voglia a questa sua offerta, ed immediatamente l' anello cedendo allo sforzo del dito indice destro dell' operatore si lacerò sgretolando, e permise immediatamente la riduzione dell' ernia. Il felice resultato avendo un poco esaltato lo spirito del distinto Chirurgo spinse il medesimo ad encomiare questo ingegnoso processo oltre i limiti del dovere, e per quante obiezioni da noi venissero fatte sulla impossibilità di generalizzarlo, e di poterlo applicare nei profondi e validi strangolamenti, ognuno finì col rimanere nella propria opinione. Ciò non ostante, e piacemi confessare la verità, questo modo di procedere colpì vivamente il mio animo, fissò la mia attenzione, e la ricondusse alla maniera d' operare di distintissimi Chirurghi antichi e moderni, i quali proposero ed eseguirono con felice successo, massime in casi particolari, e

adattati, lo sbrigliamento cruento estra-peritoneale, limitando così alla sezione dei tegumenti, dell'anello aponevrotico, ed alla riduzione delle viscere protruse, il processo operatorio dell'erniotomia (1).

(1) Franco sembra essere stato il primo a praticare questa operazione, incidendo il collo del sacco erniario solo nei casi in cui, esso essendo troppo resistente, si opponeva alla riduzione delle viscere. Ambrogio Paréo si contentava di sbrigliare l'anello, e di respingere gli intestini nel ventre, senza aprire il sacco. Quel celebre Chirurgo, G. L. Petit, tagliava esso pure l'anello aponevrotico, quindi riduceva le viscere senza aprire il sacco, e secondo il dire del Garengeot questo metodo riuscì molte volte felicemente. — Sabatier crede utile questo modo di procedere nelle ernie strozzate di recente, e nelle quali non evvi ragione per dubitar di gangrena. Sir Astley Cooper riteneva che questa maniera d'operare potesse generalizzarsi in seguito di esperimenti, e che fosse operazione molto innocente fatta per tempo, e molto efficace nelle ernie antiche e voluminose, riducibili o no prima dello strangolamento. Egli infatti quantunque aprisse spesso nelle ernie il sacco, sbrigliava quasi sempre l'anello aponevrotico al di fuori del colletto del medesimo. — Lawrence dice, che i vantaggi dell'operazione fatta senza aprire il sacco erniario sono sì grandi, quando il tumore eccede un volume mediocre, che raccomanda grandemente di adottarla in tutti i casi di questa specie. — Monro e Beuchene seguivano la medesima regola, ed il primo la portava fino alla esagerazione. — Vidal pensa, che nei casi in cui questo metodo può essere applicato, esso sia molto meno pericoloso del metodo ordinario. Velpeau dice, che questa maniera di procedere dovrebbe essere messa in pratica nelle ernie strozzate di recente, e poco voluminose, e che non merita l'oblio in cui è generalmente caduta: Gendron, Beuchene, ed altri moderni Chirurghi mettendola in pratica giudiziosamente, hanno ad evidenza mostrato, che essa non può esser negletta. Il Torinese Collix seguiva pure questo sistema, non aprendo il colletto del sacco che per pura necessità. A questa maniera di procedere aderisce, in casi speciali, quasi totalmente il Malgaigne. Augusto Berard, e Bonnet di Lione ottennero recentemente dei felicissimi resultati col semplice sbrigliamento extra-peritoneale. In Inghilterra, e specialmente negli Spedali di Londra, questo metodo, se non è generalizzato, trova almeno frequentissima la sua applicazione, massime nelle ernie di recente strangolate, ed i felici successi diconsi numerosi e brillanti. In opposizione a tanti sostenitori dello sbrigliamento extra-peritoneale molti dei quali non sono esclusivi nell'adottarlo, troviamo non pochi chirurghi i quali affidati alla respettiva lor pratica, ed atterriti dai cattivi successi di questa maniera d'operare, la rigettano assolutamente come biasimevole e dannosa. — Tale discrepanza d'opinioni, e di resultati fra i periti dell'arte, non potendo mai verificarsi allorchè un medesimo processo Chirurgico adoprasi in casi identici, evidentemente dimostra l'impossibilità di farne una generale applicazione, quindi il bisogno di ricorrervi solo in particolari circostanze. G. Luigi Petit, ebbe senza dubbio alcuni bellissimi resultati dallo sbrigliamento extra-peritoneale, ma se nel progresso della sua pratica egli dovè modificarsi, questo fu effetto d'una estensione illimitata data al suo metodo predilctto.

Questo metodo da noi messo affatto in dimenticanza, mi sembrò di gran lunga preferibile a quello proposto, e messo in pratica dal Seutin, giacchè per quanto valido sia il cingolo aponevrotico strozzante, sempre può una tenta ottusa, od una spatola, od il bottone smusso d'un aponevrotomo penetrare fra esso ed il sacco, e far quello sbrigliamento, che a traverso i tegumenti introflessi un dito od altro strumento di analoga azione, non può fare che a grande fatica, e solo in casi eccezionali di debole strangolamento (1). Oltre a queste considerazioni relative

(1) La sera dell' 11 Ottobre 1852, Sabatino Corsini fiorentino d'anni 30, stalliere, di temperamento sanguigno venoso, ernioso da 14 anni (oscheocele e sinistra); fu accettato in clinica chirurgica siccome affetto da ernia strozzata. Al dire dell' infermo l'accidente datava da quattro ore, ed era succeduto a dei conati di tosse, sotto l' influenza dei quali l' ernia abitualmente sciolta, riducibile, e contenuta dal cinto erniario, erasi protrusa il doppio circa più grossa di quello che era solita a comparire quando il malato abbandonava la sua allacciatura. Ci riferì che molti anni innanzi un simile accidente eragli intervenuto, ma che pochi, e semplici soccorsi ricevuti nel nostro Arcispedale furono bastanti per favorire la spontanea e sollecita rintroduzione dell'ernia. I fenomeni che presentava alle ore 11 ¹/₄ della sera, momento in cui io lo vidi per la prima volta, erano i seguenti: polso contratto ma non febbrile, faccia pallida e leggermente addominale, calore naturale ma un poco depresso alle estremità, ventre alquanto tumido per meteorismo, ma non dolente. Il tumore era grosso come una delle più grosse arance, di forma quasi sferica, elastico, sonoro in basso ed in dentro, e tramandava un suono piuttosto ottuso all' esterno ed in alto, mediocremente teso e non dolente. Il cingolo strangolante però era valido, rigido, teso, e premuto suscitava assai vivo dolore al paziente. — Nel breve spazio di quattr'ore eravi già stato vomito ripetuto, singhiozzo ed eruttazioni, e questi ultimi due fenomeni esistevano pure quando il malato fu affidato alle nostre cure, e perseverarono fin tanto che l'ernia non fu ridotta. Prima che il malato fosse stato a me affidato, esso aveva già fatti due bagni, e senza frutto era pure stato tentato il taxis. Appena uscito il malato dal secondo bagno protratto a circa 20 minuti, tentai subito il taxis in varj modi e sensi, ma tutto fu inutile. Tasteggiando il cingolo strangolante mi accorsi che il polpastrello del mio dito indice destro, naturalmente assai esile, poteva entrare, però con qualche difficoltà, fra l'anello aponevrotico ed il sacco, e profittando di questa scoperta messi in opera tutte le mie forze per praticare la lacerazione del cingolo aponevrotico secondo l'abitudine del Seutin, ma i miei conati riuscirono vani: pregai allora altro assistente che presenziava a questi miei tentativi, ma questi pure inutilmente si stancò, allora gentilmente si offerse in mio soccorso l' Eccellmo. Dottore Sotto Infermiere il Sig. Leopoldo Giarrè, e questi dopo avere assalito per ben due volte l'anello aponevrotico nella sua parte più debole cioè esterna e superiore, alla fine sentì cedere i tessuti ed io al pari del medesimo potei constatare l'accaduta lacerazione. Allora mi accinsi alla riduzione dell'ernia, e fatto afferrare da un assistente il fondo del sacco perchè l'ernia non rientrasse in *blocco*, facilissimamente potei ri-

alla possibilità di potere eseguire l'erniotomia in un maggior numero di casi, e dirò ancora, di più considerevole importanza e gravezza, per la ragione della maggiore validità della causa strangolante, si aggiungeva la coscienza del quasi nullo o pochissimo danno, che poteva arrecare al paziente una ferita di limitata estensione fatta sul tegumento, e sopra l'anello aponevrotico strangolante non riducendosi in tal caso l'erniotomia, che ad un taxis un poco più doloroso dell'ordinario.

Quanto ad acquietar l'animo circa al pericolo di potere con questo metodo introdurre nel ventre viscere costituite in stato deplorabile, o grandemente pericoloso per la vita dell'infermo, si affacciavano alla mia mente le molte, e molte riduzioni in que-

durre le intestina protruse, lo che accadde in due tempi, e con rumoroso gorgogliamento. Fu tosto applicato un cinto erniario provvisorio, e dato un clistere. — La notte fu passata tranquillamente ma non ci furono evacuazioni alvine. — La mattina del 12 si amministrò un purgante d'olio di ricino, e di mandorle dolci (ana once j) che nel corso della giornata produsse copiose scariche alvine. — Notammo il dì 13 grande differenza nelle condizioni del malato, il suo polso apertissimo era leggermente frequente; la calorificazione uniforme, era però un poco più dell'ordinario elevata, faccia animata, nessun dolore all'addome: tolto il cinto erniario le viscere tendevano ad uscire facilmente dall'anello dilatato, quantunque l'infermo stasse supino, ed inerte. — Nei giorni successivi assicuratosi sempre più normale lo stato dei visceri addominali, l'infermo potè cibarsi del tutto vitto, e quando partì (munito di buon cinto a molla), l'anello era così ristretto che appena l'apice del dito indice poteva entrarvi, ed alla parte esterna e superiore del medesimo, laddove era accaduta la lacerazione del suo tessuto, sentivasi un cercine, ed un rilievo assai compatto e resistente, dovuto probabilmente a stravaso di materiali plastici.

Questa istoria ho esposta con qualche dettaglio onde mostrare in quali condizioni il processo del Seutin può trovare la sua applicazione, per far noto quanto materialmente faticosa sia la lacerazione dell'anello aponevrotico, eseguita col semplice dito, e quanto perciò sia necessario l'uso d'un meccanismo più valido e resistente in casi di tanta tenacità dell'anulo medesimo. Per ovviare agli inconvenienti da ciò derivanti ho fatto costruire un uncino metallico ottuso terminante in pallotta digitiforme levigatissima, munito d'un manico trasversale di legno, volubile assai facilmente sul fusto dello strumento. — Adoperato più volte sopra i cadaveri, non vi è stato anello, che abbia potuto resistere, ed usatolo sopra un malato ernioso della nostra clinica nominato Giuseppe Bucelli che si presentò a noi con qualche fenomeno di strangolamento, produsse con la massima facilità e senza guasti apprezzabili del tegumento, ciò che il mio dito, e quello di alcuni altri assistenti non avevano potuto, sicchè immediatamente i non gravi fenomeni di strangolamento cessarono, l'ernia a grado a grado si ridusse nella sua cavità, ed il malato (munito di cinto erniario di buona costruzione) partì guarito il dì 12 Novembre del corrente anno e con l'anulo inguinale notabilmente ristretto.

sto R. Arcispedale, e nella nostra clinica di preferenza effettuatesi per opera del taxis semplice, o coadiuvato da altri sussidj, e dall'espettazione principalmente senza alcun tristo inconveniente consecutivo, di ernie incarcerate, intasate, strangolate, nelle quali però generalmente parlando, e per la data dello strangolamento, e molto più per la sintesi dei fenomeni locali, e generali nulla dovevamo temere per lo stato dei visceri protrusi (1). Se adunque la ridu-

(1) Da una nota compilata dall'Eccelimo. Dott. il Sig. Carlo Mantovani Infermiere agli uomini in questo R. Arcispedale, e gentilmente dal medesimo consegnatami, resulta; che dal 10 Gennajo 1845 fino ai 27 Settembre 1852 entrarono nella nostra Clinica 125 individui di sesso maschile affetti da ernia strozzata. Di questi 35 furono operati, e 90 evitarono l'erniotomia mediante il taxis semplice, o coadiuvato dai noti sussidj, e principalmente da una prudente, e ben regolata espettazione. Dai miei appunti particolari, e dai libri Clinici risulta, che dal 1845 al 52, di quaranta donne erniose accolte nella Clinica Chirurgica, siccome affette da ernia strozzata, 22 furono operate, 18 sottratte all'atto cruento quasi tutte immediatamente per il semplice taxis.

Una sì gran quantità d' individui d'ambi i sessi liberati dalla operazione cruenta, esige che mi trattenga alquanto sopra le circostanze fenomeniche che ci guidarono in questa pratica, ed intorno ai modi, e cautele impiegate, onde evitare i tristi effetti che pure derivar possono dal taxis, e dalla espettazione.

Prima di accingermi a fare l'esposizione di questo sistema da noi adottato nella riduzione delle ernie, credo indispensabile dover premettere qualche considerazione relativamente alla serie dei fenomeni presentati da quell' infermi nei quali abbiam creduto applicabile il taxis semplice o coadiuvato da altri sussidj, e nei quali il resultato è stato conforme ai nostri desiderj nè seguito da effetti deplorabili.

I malati sottoposti a questo modo di cura incruenta, generalmente parlando, offrivano i seguenti caratteri; polso afebrile sufficientemente espanso, o poco contratto, calorificazione uniforme, e quasi naturale, o leggermente depressa alle estremità, tratti dalla fisonomia poco alterati, e perciò lievi tracce di faccia addominale, ventre più o men tumido, non dolente, o poco, almeno in prossimità dello esistente tumore, vomito, più o meno frequente, qualche volta anche stercoraco, stiptichezza ostinata, non infrequentemente singozzo, ed eruttazioni, tumore teso, elastico, resistente, generalmente ovunque poco dolente, ed assai trattabile, ma più sensitivo, ed in alcuni casi assai vivamente, in corrispondenza del cingolo strozzante, tegumenti sani, non edematosi, non resipelatosi, nè sopraposti a tessuti pastosi, e crepitanti. — L'epoca dello strozzamento fu molto varia, essendo che la malattia ora datava da poche ore, ed in alcuni casi esisteva da tre, quattro, e non di rado ancor da più giorni. — Fra questa serie di circostanze sintomatologiche, nessun fenomeno meglio ci servì quanto quelli desunti dallo stato dei polsi, e della calorificazione, inquantochè noi con più arditezza ci accingevamo alle manovre del taxis, e ad una operosa aspettazione, quanto meno discoste dallo stato normale si offrirono le condizioni del circolo, e della

zione delle viscere erniose, da noi non immediatamente vedute e dominate, potè in grazia del taxis, e di altri mezzi coadiutorj a quello, effettuarsi senza tristi effetti consecutivi, solo perchè

termogenesi, quantunque gli altri fenomeni di lesa funzione del tubo gastro-enterico avessero presentato un apparato di non trascurabile importanza.

Chi ben si faccia a riflettere sul complesso dei sintomi annunziati, conoscerà chiaramente, come i casi in questione non offrirono il maggior grado di strangolamento, come a quello non andarono consociate le più gravi, temibili, e solite complicazioni, intendo dire, la peritonite o l'enterite intra, ed extra addominale, nè tampoco furono da temersi alterazioni più o meno profonde, e sostanziali delle viscere emigrate, e come perciò i nostri tentativi di riduzione incruenta, e la nostra aspettazione furono abbastanza giustificati e coronati di felice successo. Quando la minaccia di lesioni cotanto gravi, ed importanti veniva offerta dalla nota serie dei fenomeni locali, e generali (vedi egni trattato di patologia delle ernie), noi sempre ci astenevamo da un pregiudicevole indugio, o tentativo meccanico di riduzione, o se qualche rara volta ernie offrenti un grado massimo di strozzamento, vennero da noi ridotte alla prima, e dirò quasi nostro malgrado, nella lor sede naturale, ciò non fu senza nostro rammarico, e timore, il quale non si dileguava se non spirati alcuni giorni dall'avvenuta riduzione.

Esposti ora gli elementi diagnostici relativi al grado di strangolamento compatibile coll'uso del taxis, o dell'aspettazione, piacemi di esporre altresì il modo pratico da noi messo in opera per conseguire la riduzione incruenta dell'ernie. Incominciando dalla posizione dirò che il malato per più, o men lungo tempo era astretto a conservare nel proprio letto la giacitura supina con la testa, e le spalle sollevate da dei cuscini, le natiche rialzate con gli stessi mezzi, onde fatto così il tronco concavo anteriormente, convesso dal lato dorsale, il ventre acquistasse il massimo grado di rilassatezza: le cosce dovevano essere flesse sul ventre, e le gambe sulle cosce, sicchè la pianta del piede toccasse in piano la superficie del letto. Se trattavasi di femmina, i femori dovevano essere un poco ravvicinati fra loro, e ruotati in dentro, specialmente dal lato ernioso, onde venisse in tal guisa rilasciata l'arcata crurale (Petrequin), divaricati invece, e ruotati all'infuori, trattandosi di maschio, per allargare l'orifizio pubico del canale inguinale, se lo strangolamento dipendeva dall'azione di quello (vedi Malgaigne).

Ciò posto, raccomandata al malato la quiete, ed il silenzio, si dava mano al taxis nel quale ci comportavamo alquanto diversamente secondo i casi. Se l'ernia era piccola, noi l'afferravamo presso il suo colletto con tutte le dita delle mani destra, e sinistra, disposte in modo che i pollici appoggiassero sulla parte inferiore del colletto medesimo, e le altre dita sulla parte superiore di quello, o viceversa secondo la posizione nostra relativa a quella del paziente. Atteggiati in questo modo, se trattavasi d'ernia crurale prima di esercitare le manovre di riduzione deflettevamo il tumore traendolo in basso, ed in dentro, cioè a dire in una direzione opposta a quella, che sovente prendono le ernie in proposito, quindi cominciavamo i tentativi del taxis che consistevano in una pressione mite, lenta in principio, e quindi gradatamente crescente, onde le materie contenute nell'intestino avessero luogo, e tempo di filtrare a grado, a grado dell'ansa protrusa nel lume di quelle

avevamo saputo scegliere i casi in cui quei modi di riduzione incruenta potevano essere impiegati, perchè i medesimi felici esiti non dovevano attendersi dallo sbrigliamento cruento

residenti nella regione addominale corrispondente; frattanto che eseguivamo questa metodica pressione, conducevamo il colletto del tumore in vari sensi, perocchè sempre non è dato con la guida anatomica di cogliere il tragitto percorso dai visceri, o la direzione dai medesimi tenuta dal cavo addominale fino al di qua della lamina cribrosa superficiale (Demeaux). Seguendo generalmente questo sistema, sempre sentimmo a grado a grado diminuire la tenzione, ed il volume del tumore, e quindi infine esso sparire tutto ad un tratto con, o senza gorgoglio, lasciando libero, il canale da esso percorso. — Dopo la riduzione delle viscere, avevamo l'abitudine di prescrivere un clistere semplice, o composto (acqua di malva, e miele) onde riattivare le funzioni dell'intestina intorpidite dalla pressione meccanica subita dalle medesime sulla parte che fu protrusa. Riveduti i malati un'ora o due dopo generalmente trovavamo cancellati i sintomi dello strangolamento, ed anzi sostituita ad essi la serie di quelli, che diconsi di reazione, e caratterizzati da polsi espansi, ed un poco frequenti, da faccia animata, vermiglia, e turgida dalla calorificazione uniforme e più elevata del naturale, ventre molle, trattabile, o meno teso, e voluminoso di quello che era in antecedenza: spesso i malati avevano emesse per l'alvo delle fecce in maggiore, o minor copia, od almeno delle flatulenze. — Alcune volte la reazione essendo stata un poco troppo intensa, ed essendosi decisamente stabilita la sinoca, fummo nella necessità di trar sangue, per flebotonomia, o con l'applicazione di mignatte all'ano, specialmente se il polso non si palesava bene spiegato, ed espanso, ed il ventre mostravasi sotto la pressione un poco dolente presso la fossa iliaca corrispondente al lato dell'ernia, od altrove. — In queste circostanze ci astenemmo da porgere subito alimenti copiosi ai malati, nè si ebbe ricorso al purgare fino a che non furono in gran parte, o totalmente dissipati i suddetti fenomeni di locale, e generale reazione. Nelle ernie voluminose, quali ordinariamente sono le inguinali negli uomini (oscheoceli), di rado abbiam potuto coi primi tentativi del taxis ridurre le visceri protruse, in quanto che le mani sproporzionate al volume ordinariamente pronunziato del tumore, male possono afferrarlo, dirigere, e distribuire la forza nel modo il più convenevole per la riduzione delle parti erniose; in simili circostanze, ecco il modo col quale Noi ci comportavamo. Se i fenomeni locali, e generali non erano allarmanti, fatti i primi saggi di taxis, e riusciti inutili, prescrivevamo il bagno caldo, dopo questo un salasso proporzionato al vigore degl' individui, astenendocene sempre laddove la età senile, o la debolezza soverchia dei malati lo vietavano. Dopo questi preparativi il più spesso anteriori, tal altra volta succedenti ai primi tentativi del taxis, come ora abbiam detto, collocavamo gli infermi nella posizione di sopra rammentata, onde il ventre fosse nel massimo stato di rilasciatezza, e la pelvi rialzata dal livello del letto, mediante almen due cuscini, quindi così disposte le cose, tentavamo il taxis tenendo le solite, e comuni regole con cui generalmente si pratica, e principalmente avendo gran cura di non esercitare sforzi violenti, ma sempre moderati, e progressivamente crescenti. Continuata questa manovra per due, tre, od

extraperitoneale, esso pure diretto dai medesimi criteri diagnostici?

Finalmente a tentare questo espediente mi confortava il con-

al più cinque minuti, e generalmente non al di là, e non conseguito l'intento, se il tumore era voluminoso, sicchè avesse tendenza a cadere fra le cosce del malato, e fare in tal guisa col suo collo un angolo rientrante verso la branca orizzontale del pube, e perciò svantaggioso alla riduzione, noi lo tenevamo sollevato mediante un sospensorio, sicchè il di lui asse longitudinale fosse tutto sulla medesima linea retta, e per quanto era possibile, nella direzione del canale inguinale. Se le viscere protruse erano distese da gaz: facevamo uso di posca gelata, o di vessica contenente gelo, la quale col proprio peso favoriva in qualche caso la riduzione dei visceri. Se il tumore conteneva materie fecali; od omento, se era alquanto dolente nella sede dell'anulo, o fuori del medesimo, se elevata alquanto la temperatura di tutto il tumore, davamo invece la preferenza agli empiastri. Aggiungevamo a questi sussidj uno, e al più due clisteri di decotto di nicoziana nella proporzione di gr. j in lib. j di acqua. I quali ordinariamente ci astenevamo di prescrivere, e molto più di ripetere negl'individui di vecchia età, e molto abbattuti di forze, per timore degli effetti torpenti di questa sostanza, qualora venga incautamente somministrata. Per fare omaggio alla verità, e con tutto il rispetto dovuto all'Illustre Chirurgo Inglese Sir Astley Cooper, non ci è mai stato concesso di veder succedere all'uso di questi clisteri, frequente, e sollecita riduzione dei visceri erniosi, da indurci a ritenere efficacissimo di preferenza l'uso della nicoziana; essa certamente avrà coadiuvato l'azione degli altri espedienti col suo potere debilitante, ma non possiamo, torno a ripeterlo, asserire in essa una prevalente efficacia. Concordemente a questo sistema di cura andava il regime dietetico, essendo all'infermo assolutamente vietato di prendere alimento, finchè l'ernia non era ridotta. La bevanda era pure accordata con cautela e parsimonia. Ma se il malato era estenuato, o vecchio, o se la riduzione tardava ad effettuarsi, allora permettevamo che di tanto, in tanto, a cucchiajate, fosse dato del brodo ristretto, e succolento, onde il tubo gastro-enterico ricevesse sovente materiali di riparazione, senza che in modo veruno, od almeno apprezzabile, esso venisse meccanicamente aggravato. Disposte le cose in questo modo, rivedevamo il malato dopo un intervallo di tempo variabile da 3, a 4, a 6, ed anche più ore, secondo il grado, e l'intensità dei fenomeni, ed in questa seconda visita o l'una, o l'altra di queste tre cose solevano verificarsi. 1° Un reale peggioramento di tutti i fenomeni rappresentatoci specialmente dall'*abbassamento di temperatura alle estremità, dallo impicciolimento dei polsi*, dall'aumento di tensione del ventre, e del tumore, dell'aumento di sensibilità di queste parti, dal più frequente singhiozzo, o vomito, od eruttare, dai tratti della fisonomia più decomposti, od aggrinzati. 2° Uno stato stazionario dei fenomeni. 3° Un reale miglioramento. La prima condizione non ammettendo dilazioni, sempre ci decise ad operare; determinazione la quale veniva pure da noi presa immediatamente, quando fin da principio nell'infermo offrivasi una serie di fenomeni paragonabili a quelli testè riferiti, o di gravezza maggiore. Le altre due condizioni sempre ci determinarono a soprassedere. Trovati i fenomeni della medesima intensità, ritentavamo il taxis, e il bagno, ripetevamo al più per

siderare, che questo modo di erniotomia non esclude l' esecuzione del metodo ordinario, o di qualche altra modificazione del medesimo meno gravosa, allorquando lo strangolamento fosse rico-

la seconda volta il clistere di nicoziana, ed un clistere d'altra composizione, quindi per il resto, lasciavamo in corso le prescrizioni annunziate di sopra relative principalmente al regime dietetico, alla posizione, all'uso dei topici ec. Il reale miglioramento dei fenomeni maggiormente ci autorizzava ad astenerci dall'estremo compenso. I segni indicanti questo lodevole stato, si offrirono sempre a noi con la maggiore espansione, senza, o con frequenza, non però, ordinariamente, eccedente del polsi, col rialzamento della temperatura, col colorarsi le guance del paziente, e farsi più stesi, ed animati i tratti della fisonomia, col cessare o rendersi molto meno frequenti le eruttazioni, i conati al vomito, ed i vomiti stessi, più raro il singhiozzo. Osservando poi il tumore compariva ordinariamente più flaccido, o diminuito di volume, e come raggruppato verso l'anulo inguinale, condizione nella quale un leggero tentativo di taxis faceva non di rado rientrare immediatamente le viscere erniose. Procedendo con queste cautele moleste in vero al malato, ed al pratico; abbiamo avuta la fortuna di vedere ridotto senza la dolorosa necessità dell'atto cruento, per fino a capo d'8 giorni, un numero cospicuo di ernie, molte delle quali forse in altre epoche, e secondo altri sistemi, con molta maggiore sollecitudine sarebbero state esposte all'erniotomia. Nè possiamo rimproverarci che questi tentativi di taxis, e questa espettazione sieno riuscite fatali agli infermi, o perchè le intestina siano state ridotte in blocco, e strozzate dal colletto del sacco, o rotte per le violenze della manovra, o cangrenate, e perciò in condizioni, che escludevano la riduzione; o perchè accintisi alla erniotomia dopo un soverchio indugio, a noi si fosse offerta, dopo lo scoprimento dei visceri, giusta occasione di dolerci del nostro incauto, e spensierato indugiare. Quanto ai tristi effetti, che possono più direttamente dipendere dall' atto meccanico della riduzione, e dei quali poco sopra ho parlato, dirò, che de' 90 uomini risanati dall' ernia senza l'operazione, una nona parte circa morì, per alterazioni del tutto indipendenti dal taxis, e siccome per ora a conferma di questa asserzione non posso entrare in particolari, chiamo in testimonianza l'Illmo. Prof. Pellizzari, dotto, e laborioso direttore del Gabinetto patologico di questa Capitale, onde egli sostenga, o smentisca, se può, ciò che ho asserito, mostrando documenti inconcussi di ernie rientrate in blocco, o rotte, o ridotte cangrenate nella cavità addominale, per effetto di taxis, o d'una spensierata espettazione, ed appartenenti a casi infelici della nostra Clinica Chirurgica. Quanto all'influenza che sullo stato degli intestini poteva avere esercitata una troppo indiscreta espettazione, dirò coscenziosamente, che nel grado di strangolamento, in cui erano generalmente le ernie da noi così trattate, e con le cautele messe in opera per ridurle, essa non poteva aver luogo, e se talvolta l'erniotomia non fu coronata da felice successo, e se nell'atto di praticarla trovammo alcune volte le viscere notabilmente alterate, e gli infermi in condizioni deplorabili, ciò fu " ad eccezione di un solo caso di ernia ventrale in uomo, nel quale i guasti delle intestina trovati nell'atto operatorio potevano attribuirsi ad un ritardo non troppo scusabile (erramus omnes); ciò fu dico in infermi i quali in questo misero stato vennero all'Ospitale, sia per validità, o longevità dello

noseiuto esser prodotto dal collo del sacco erniario, od esistessero delle adesioni fra questo, e le intestina ec. ec.

Con tal serie di argomenti nell'animo io attendeva ansiosamente di mettere ad esecuzione il mio disegno quando l'opportunità mi si presentò nel caso che ora vengo ad esporre.

Alle ore cinque pomeridiane del 15 Settembre 1852 fu consegnato alle mie cure un vecchio di anni 88 nominato Lorenzo Giuntini, del Galluzzo, di mestiere bracciante, il quale era ernioso da circa trent'anni. Questa sua ernia molti anni innanzi erasi incancerata, ma per l'applicazione di topici

strangolamento, o per altre circostanze che qui non mi curo di noverare. Con tutto ciò non intendo di negare che il taxis, e l'espettazione più, o meno prolungata, non possano produrre dei tristi effetti, nessuno potendo mai distruggere i fatti a furia d'argomentazioni, dico soltanto, che « *est medus in rebus, et in ratione medendi* », e spesso non sono effetti del metodo i tristi resultati che ne conseguono, ma bensì della maniera con la quale il metodo stesso viene impiegato. A me sembra di aver formulato assai esattamente, i casi in cui questi espedienti curativi possono essere messi in pratica, e dettagliato altresì il modo da noi felicemente seguito nell'adottarli, senza la pretenzione di dir cose nuove, ma bensì cose utili, lo che poi in ultima analisi esser deve lo scopo precipuo, e la più dolce ricompensa dei ministri dell'arte salutare. Ed è appunto per questo desiderio di esser proficuo all'umanità, che piacemi di fare avvertire, come il sistema da noi adottato per la riduzione delle ernie, possa in alcune particolari circostanze relative al medico, ed all'infermo, ed indipendenti affatto dal maggiore, o minore grado di strangolamento, riuscire di un reale danno all'infermo; quando il chirurgo per soverchio esercizio, o per grandi distanze, o per qual altra circostanza che nulla preme di determinare, si troverà nell'impotenza di vigilare frequentemente il suo infermo, sarà atto prudenziale; che egli s'astenga dalla espettazione, seppure i fenomeni dello strangolamento non sieno mitissimi, quindi il ricorrere ad una operazione, reputerò cosa lodevole. — Se il malato sarà vecchio, ed estenuato, massime se sofferente lesioni cardiache, polmonali, ed encefaliche; la posizione supina prolungata, il rigor della dieta, il concorso delle altre azioni debilitanti, potendo riuscire micidiali od almeno di gran danno in quegli individui, una operazione sarà da preferirsi, se le viscere non si ridurranno alla prima, e vi sarà da temere la necessità d'una espettazione più, o meno lunga. Ma contro questi precetti potrebbe obiettarsi, che una operazione eseguita in casi nei quali il taxis, e l'aspettazione potrebbero bastare, è rimedio eccedente, e non proporzionato alla intensità del morbo; ma se si rifletta che prima di accingerci all'erniotomia eseguibile col metodo ordinario, noi abbiamo di potere esperimentare lo sbrigliamento sotto cutaneo per lacerazione, quello cruento etra-peritoneale, non aprendo, od aprendo per piccolo tratto il colletto del sacco erniario, e se altresì si consideri che appunto questi modi di procedere, sono di preferenza adottabili nei casi in cui è concesso di ritenere integro lo stato delle viscere protuse, ogni opposizione nel senso poco fa espresso verrà facilmente distrutta.

ammollienti, per la rigorosa dieta, e la posizione supina nel letto, dopo cinque giorni spontaneamente si ridusse. La mattina del 13 Settembre quest' ernia, che abitualmente rientrava tutta nel ventre, e con molta facilità ne usciva, specialmente negli ultimi tempi in cui il malato non portava più cinto, protruse tutt' ad un tratto durante alcuni sforzi di tosse, ed apparve così voluminosa, che il paziente asseriva di mai averla veduta di quella dimensione. Ben presto comparvero in scena i fenomeni di strangolamento, ed il malato soffrendo molto più di quello che avea sofferto nella prima strozzatura, e non avendo potuto coi soliti tentativi ridurre il suo tumore, si fece trasportare al nostro Arcispedale.

Esaminato scrupolosamente l' infermo, trovai l' addome depresso, e quasi vuoto d' anse intestinali, non dolente alla pressione, faccia un poco contratta, polsi non febbrili ma piccoli, intermittenti, non solo per effetto dello strangolamento, ma per evidente lesione strumentale del cuore, temperatura del corpo un poco bassa, massime alle estremità. — Nella regione inguino-scrotale destra riscontrai un enorme oscheocele sferico, grosso quasi come la testa d' un adulto, elastico, teso; percosso in basso dava un suono ottuso, in alto e verso l' inguine, rumore timpanico. Sul tragitto del canale inguinale il tumore era strangolato da un cingolo molto valido, teso e dolente, e così ristretto proporzionatamente al gran volume dell' oscheocele, da sembrare impossibile, che tanta copia di visceri fosse passata da così angusto tramite, e che per quello dovessero ridursi nella sede loro propria. Tentai il bagno, dopo questo, il taxis che fu inutile, cercai invano di introdurre il dito indice della mano destra fra il cingolo, ed il sacco per operare lacerando alla maniera del Seutin; ovunque io mi dirigeva sulla circonferenza dell' anello io trovava fortemente serrato addosso alle parti erniose. La posizione, il clistere di tabacco, e le posche fredde applicate di continuo sul tumore subirono la medesima sorte. Alle ore 9 circa di sera tentai il taxis, ma senza frutto, e frattanto perseveravano i medesimi fenomeni, ed anzi poco innanzi il malato aveva vomitato materie biliari, e quando io lo rividi si lagnava di nausea, ed aveva di tanto in tanto delle eruttazioni. Non credendo di dovere più indugiare in un vecchio di sì grande età, affetto da vizio cardiaco, e già estenuato dalla rigorosa dieta, e dagli altri soccorsi apprestatigli sì fuori, che nell' Arcispedale, considerando la forza e la ristrettezza del cingolo strangolante, ed in fine posta mente alla data dell' incarceramento dell' ernia, convocai un consulto in cui intervennero gl' Illustrissimi Professori, Sig. Soprintendente Pietro Cipriani, e Giorgio Pellizzari i quali meco pienamente convennero sulla necessità di operare. Ma quale doveva essere il metodo da seguirsi? — Lo squarciare da cima a fondo il sacco erniario d' un tumore tanto voluminoso, il mettere a contatto dell' aria atmosferica tanta copia di ansa intestinale, il pensare alle lunghe, difficili e sempre dannose manovre di riduzione in simili casi, mi fecero così temere per la vita del povero paziente, che tosto mi risolvei di

praticare l' erniotomia extra-peritoneale. — Manifestato questo mio progetto agli Illmi. Consulenti, essi furono pienamente in concordia col mio pensamento, molto più che ai medesimi come a me stesso non si affacciarono alla mente ragioni sufficienti per ritenere che le intestina fossero in sì disgraziate condizioni da non potere essere ridotte nel cavo addominale senza il sussidio della ispezione oculare. Tutto ciò stabilito mi accinsi all'operazione. — Praticai nella direzione del canale inguinale una incisione di due pollici circa; che comprese la pelle, lo stato adiposo sottostante. Con altra sezione divisi le due lamine della fascia superficiale, e messi esattamente a nudo l'aponevrosi del grande obliquo, ed il segmento anteriore della circonferenza dell' anello aponevrotico. Allora con molta accuratezza, con uncinetto e forbici, incisi al disotto immediatamente di esso piccola porzione di quella aponevrosi che dal suo contorno partendosi scende a formare uno degli inviluppi scrotali, e che nel nostro caso era assai spesso e resistente. Così per quel piccolo pertugio potei far passare una tenta smussa fra la sottoposta fascia trasversale e la parte anteriore o aponevrotica del canale inguinale, e sulla guida del detto strumento portato un coltellino retto, incisi il detto canale dal suo orifizio pubico fino quasi a quello interno, o addominale. Appena ciò fu eseguito il sottoposto collo del sacco erniario si distese notabilmente, e le viscere protruse precipitarono in due tempi, e gorgogliando nel cavo addominale. — Fu medicato per prima intenzione e fatta conveniente fasciatura compressiva. — A capo di due ore ogni fenomeno era scomparso, e le funzioni addominali aveano dato esuberante prova del loro ristabilimento. — Al quarto giorno, fatta la prima medicatura, trovammo in gran parte riunita la ferita per prima intenzione ciò non accadde verso l'angolo superiore; però tanto in quel giorno come nei successivi si ebbe poca suppurazione, e la riunione ivi fu per seconda intenzione ma senza nessuno sconcerto locale e generale apprezzabile. Solamente dirò che le viscere avevano nei primi giorni molta tendenza a farsi strada nello scroto, tosto che toglievasi la fasciatura compressiva, quantunque il malato stasse quieto, ed in posizione orizzontale. Nei dì successivi quando la cicatrice si fu bene consolidata, questo fenomeno più non si affacciò, l' anello parve sensibilmente ristretto, ed il malato munito di buon cinto elastico partì guarito dall' Arcispedale il dì 6 Ottobre del corrente anno (1).

(1) Astley Cooper riferisce la storia d' un certo Carlo Beeggey di 84 anni che aveva un oscheocele molto più vasto di quello del malato appartenente alla nostra clinica, l' operazione fu praticata nel medesimo modo, ed il resultato fu egualmente brillante e felice.

Riferisce pure un caso di ernia voluminosissima in un uomo di 68 anni in cui egli avendo operato col metodo ordinario, ebbe a dolersi di avere in quel modo proceduto, quando la flogosi del sacco, e quella del peritoneo addominale gli rapirono l' infermo trentasette ore dopo l' operazione.

La seconda storia che qui sotto espongo è relativa ai casi in cui le viscere sono strozzate dal collo del sacco erniario, e puossi da questo rilevare quali sintomi indichino durante l'operazione l'esistenza di questa causa strangolante, e quale sia la via da seguire in simile circostanza non credendo opportuno di procedere col metodo ordinario.

Ernia inguinale incarcerata.

Il dì 28 Settembre 1852. Michele Corsi di Firenze, vedovo d'anni 77, — per miseria, ed inattitudine di oprare recluso in Monte-Domini, fu accettato in Clinica Chirurgica alle ore 8 pomeridiane, siccome affetto da ernia incarcerata.

Quest'uomo portava fino dalla nascita un'ernia inguinale dal lato destro, la quale nel lungo corso di tanti anni andò varie volte soggetta a degli incarceramenti di poca entità, e nel decorso prossimo anno fu in Clinica Chirurgica, che mediante l'espettazione, e qualche tentativo di taxis, venne rintrodotta l'ernia strangolatasi per la penultima volta.

Quando io vidi il paziente lo strangolamento datava dalle ore 9 e 1/2 della mattina e già il sig. Infermiere aveva prodigato al medesimo i soliti soccorsi preparatorj (vale a dire bagno, e clistere). Presentavansi allora questi fenomeni. — All'inguine destro esisteva un vasto oscheocele intestinale non molto teso nè generalmente dolente, ma sensitivo alla pressione, ed assai vivamente, nel punto del cingolo strozzante, che era profondo, e valido, e pareva di

Mister Duncan d'Edimburgo (nel Journal of medical scienze Marz 1848) pubblicò due operazioni di ernie inguinali strozzate, e senza aprire il sacco. Il primo caso ha tanta analogia col nostro, che non posso astenermi dal riprodurlo concisamente.

Uomo di 63 anni — ernia inguinale voluminosa del lato destro — lo strangolamento esisteva da 12 ore — il tumore era voluminoso, teso, ed eccessivamente sensibile — si tenta la riduzione per taxis, ma senza frutto — fu fatta una incisione di tre pollici di lunghezza sopra il collo del tumore, e messo a nudo il tendine dell'obliquo esterno, la costrizione era validissima, e i margini dell'anello si trovavano completamente celati per la proiezione che il tumore faceva attorno di esso — l'operatore si decise a dividerlo senza aprire il sacco, lo che fece con la punta del bistorì, e le parti aponevrotiche, attesa la loro tensione, di mano in mano che venivano incise, rapidamente si divaricavano. — La sola difficoltà che si ebbe nell'operazione dipese (come nel caso nostro) dalla projezione, e rilievo che il tumore faceva intorno all'anello, ma ci fu provveduto deprimendolo fra le cosce dell'infermo. Dopo che il tendine fu inciso per l'estensione di 4 o 5 linee ognun si accorse tutt'ad un tratto (forse per la subita espansione del colletto del sacco) che lo strozzamento era stato tolto, e l'intestino fu ridotto senza la più leggera difficoltà. Il malato guarì rapidamente, la massima parte della ferita essendosi riunita per prima intenzione.

preferenza costituito dal tessuto aponeurotico dell' anulo inguinale. Ventre meteorizzato e mediocremente dolente, polso afebrile, di grosso calibro ma un poco teso per rigidità vascolare, ed in parte per effetto dello strozzamento; la faccia del malato più che addominale era pallida ed abbattuta; un poco abbassata la temperatura del corpo, massime nelle estremità superiori ed inferiori. L'infermo aveva emesse delle materie fecali in copia alle ore 8 antimeridiane, cioè prima dell'avvenuto strozzamento; ma da quell'epoca il suo alvo erasi completamente chiuso, ed il vomito ed il singhiozzo si erano affacciati, e perseveravano con intensità ancor quando il Corsi divenne soggetto delle nostre cure. Vani riuscirono i tentativi del taxis, nè fu possibile trovare una via fra il cingolo aponeurotico, ed il sacco onde fra quelli introdotto il dito, od altro strumento di azione analoga potessero eseguire lo sbrigliamento sottocutaneo per lacerazione dell'anulo.

Fu intimato un consulto, in cui intervennero gli Eccell^{mi}. Dottori Carlo Mantovani Infermiere ed in quel momento vice Soprintendente, Nespoli, e Cateni distintissimi maestri di turno, e fu deciso per la convenienza di operare sollecitamente. Pure in questo caso elessi il metodo di G. L. Petit, Cooper ec. ec., avuto riguardo all'età del soggetto, alla vastità del tumore, e alla poca data dello strangolamento, che faceva supporre non poter essere avvenute profonde e gravi lesioni del viscere traslocate. — Quando il cingolo aponeurotico fu inciso, il sacco erniario non si distese come era accaduto nel primo caso; e ben presto mi accorsi che esso influiva allo strangolamento mediante una briglia tenace, e trasversale come Sir Astley Cooper ha ritrovata non infrequentemente sul colletto del sacco erniario nelle ernie congenite. Fu d'uopo adunque incidere per breve tratto quel secondo cingolo, ed allora le viscere adagio adagio poterono passare nella cavità del ventre. Durante questo passaggio del siero sanguinolento dal sacco uscì fuori per la incisione fatta, e potemmo altresì riconoscere che l'intestino era sanissimo nel punto immediatamente superiore, e corrispondente allo strangolamento, mentre era assai vivamente iniettato nelle parti sottoposte, e contenute nel sacco.

Fatta conveniente fasciatura, e posto nel letto l'infermo, fu lasciato tranquillo per circa due ore; poi riveduto fu trovato il polso più espanso e frequente, più elevata ed uniforme la temperatura; la faccia più animata e colorita, il ventre sempre meteorizzato, e poco dolente, specialmente presso la parte operata. — Fu ordinato un salasso di once vj da eseguirsi subito, clistere composto, brodo, e bevanda da prendersi a piccoli sorsi di tanto in tanto. La mattina all'ora della Clinica il malato non aveva evacuato materie fecali, ma bensì aveva emesse delle flatulenze per l'ano; aveva la termogenesi ed il polso decisamente febbrile, ma non rimarchevole tensione, e contrazione del cilindro arterioso; esplorato il ventre era però alquanto tumido, sonoro, ed un poco dolente presso la regione epigastrica, il malato era quieto, solamente aveva qualche eruttazione flatulenta di tanto in tanto; la sua faccia

era però alquanto contratta. — Brodo a piccoli sorsi, un clistere composto, empiastro sul ventre. — La sera perseveranza dei medesimi fenomeni, polso più concentrato. — Salasso di once vj dal braccio, mignatte 16 all'ano, 12 alla parte inferiore, e destra dell'addome, quindi empiastro, più tardi un lavativo. Nella notte il malato sgrava discretamente l'alvo, ed emette del vento. La mattina del dì 30 (Settembre) il malato vomita poche materie verdi, ha il polso febbrile, ma espanso, il ventre teso, elastico e dolente, il calore elevato, ed uniformemente diffuso. Di tanto in tanto è preso da respirazione difficile, celere, con rantolo quasi bronchiale, faccia molto aggrinzata, tardità nelle risposte. — Olio di ricino once ½ detto di mandorle dolci once j per subito (ora di clinica). Riveduto due o tre ore dopo; il malato offriva polsi più contratti, il ventre più dolente, più frequenti le eruttazioni e le tendenze al vomito; la purga non aveva agito ancora. Finalmente esso morì alle ore 12 meridiane, e quasi ad un tratto dopo di aver emesse per bocca, vomitando, delle materie simili pel colorito alla fondata del caffè.

Credei che l'infermo fosse perito principalmente di peritonite, non escludendo l'influenza della flussione intestinale, della età, e forse d'una congestione polmonale, che sembrò ordirsi nell'ultima notte e giorno della vita del paziente.

Dopo 25 ore fatta la necroscopia sotto la direzione, e vigilanza dell'Illus. prof. Giorgio Pellizzari, si ebbero i seguenti resultati:

Testa. — Forte iniezione ai vasi venosi cerebrali, stravaso di siero abbondante sotto l'aracnoide. Nei ventricoli esisteva una mezz'oncia di siero rossigno. Tagliato in varj punti l'encefalo, ne esciva in copia sangue scuro, sotto forma di minute, e piccole goccie.

Petto. — Forte stato iperemico nelle parti posteriori, ed inferiori dei due polmoni; anteriormente lungo il margine tagliente ambedue i polmoni erano enfisematici.

Cuore. — Concrezione polipiforme non molto grossa nè tenace, nell'orecchietta destra; nel ventricolo corrispondente, piccolo grumo sanguigno. Gli apparecchi valvulari di ambedue gli orifizi un poco ingrossati, e di consistenza fibro-cartilaginea alla loro base. Nel resto il cuore era sano.

Addome. — Gl'intestini erano molto distesi da gaz. Le anse dell'intestino ileo erano fra loro legate da pseudo membrane dense e resistenti che sembravano il resultato di antico processo flogistico. Il grande omento era in uno stato di ipertrofia, poichè appariva molto più grosso, e consistente che nello stato ordinario. Remosse tutte le anse intestinali che non avevano rapporto coll'orifizio interno del canale inguinale destro, vedemmo che dicontro a quell'orifizio esisteva un'ansa dell'intestino digiuno di un colore rosso-scuro. Questo colore si estendeva per 50 centimetri: vale a dire per tutto il tratto di quella pozione di viscere che era stato strangolato. Inciso tutto il tubo alimentare non trovammo alterazione della

muccosa, se non in quella porzione del digiuno che era rimasta strozzata. In questo punto la detta membrana aveva un colore rosso, però molto meno intenso di quello che presentava all'esterno la membrana peritoneale. Tutti gli altri visceri erano sani, e non esistevano tracce apprezzabili di peritonite. Il sacco erniario era formato dalla vaginale comune.

Chiunque legga questo caso clinico, si accorgerà facilmente, che l'individuo non morì per il modo di procedere nell'erniotomia; che anzi, quella, mentre permise di dominare lo stato degli intestini di mano in mano che scendevano nell'addome, produsse la minor lesione traumatica che possa farsi ad un individuo affetto da ernia strangolata, e voluminosa. In questa operazione avemmo a notare molta facilità nella riduzione delle viscere, e che di rado verificasi procedendo col metodo ordinario, specialmente in ernie di considerabile dimensione. La posizione elevata del bacino, la moderata pressione esercitata sul sacco da un assistente, e l'aiuto di un dito introdotto nella piccola ferita del peritoneo, che dirigeva le anse intestinali nel sacco addominale, facilitarono questa manovra non infrequentemente lunga, laboriosa, e tale da sgomentare il più imperturbabile chirurgo.

A questo secondo modo di procedere, incidendo cioè il colletto del sacco (Collie Malgaigne), dettato, nel nostro caso speciale, più dal bisogno, che dalla volontà, sento dirigere non poche accuse. Primieramente, che si apre il sacco in troppa vicinanza del peritoneo addominale, onde per il più facile contatto dell'aria atmosferica, la peritonite può svilupparsi con maggior agevolezza, che procedendo col metodo ordinario, nel quale la incisione del sacco cade per lo meno un pollice, od un pollice e mezzo al disotto dell'orifizio addominale. Questa obiezione sembrami di nessun valore, perchè l'aria atmosferica non si astiene da penetrare nel ventre per una sì lieve differenza nel tragitto che deve percorrere, e dirò di più che in casi d'ernia inguinale nei quali lo strozzamento era profondo ed esteso, io procedendo col metodo ordinario, ho sbrigliato sovente in tutta la sua lunghezza il canale inguinale, e pertanto nessune triste conseguenze ho vedute succedere a questa pratica eccezionale. Secondariamente si è opposto, che il sacco del peritoneo non inciso in tutta la sua lunghezza, qualora s'infiammi, e dia luogo a della suppurazione, questa si tratterrà in un ricettacolo, o cul di sacco, e potrà per regurgito rifluire copiosamente nel ventre, o produrrà sulle parti operate, e sulla generale economia tutti quei tristi inconvenienti, che derivare sogliono dalla congerie del pus a lungo trattenuto a contatto dei tessuti viventi. A questa seconda obiezione parmi potere rispondere, che tanto meno

sarà facile l' infiammazione suppurativa del sacco, quanto più piccola, e limitata incisione avrem praticata nel medesimo, e quando anche questa si verificasse, una contro apertura nel punto il più declive del sacco, provvederebbe ad ogni possibile inconveniente. In terzo luogo si è obiettato che per la troppa prossimità dell' apertura del sacco al cavo addominale, o per la sua posizione quasi a perpendicolo sul piano del ventre, le suppurazioni di mano in mano che si formano nell' impiagamento precipitar debbono nel grande ambito peritoneale; ma a questo supposto inconveniente possiamo opporre giustamente, che prima della suppurazione una flogosi adesiva, coadiuvata dall' azione comprimente dell' apparecchio di medicatura, dal decubito del malato, e dalla quiete del medesimo nel proprio letto, stabilisce quasi costantemente delle aderenze fra le viscere addominali più prossime all' orifizio interno del canale erniario, e la circonferenza del medesimo (1); e che d' altronde una attenta, e ripetuta medicatura può impedire il soverchio accumulo delle materie, e prevenire in tal guisa i danni che derivar ne potrebbero.

Contro lo sbrigliamento per lacerazione, ho sentito pure obiettare, che si risica, in tal modo operando, di ledere ad un tempo non solo l' anello strangolante, ma bensì le viscere protruse in corrispondenza della parte strozzata. Questo fatto potrebbe verificarsi solo nei casi di validissimo strangolamento, massime in ernie di piccolo volume, e quando in specie sostituendo al dito uno strumento ottuso metallico, spietatamente, ed a viva forza, si tentasse di penetrare laddove fisicamente sarebbe impossibile; ma nei casi costituiti in condizioni opposte, e quali appunto sono quelli da noi contemplati; questo sinistro avvenimento non può succedere, per la maggiore facilità di potere introdurre lo strumento lacerante fra il sacco, e l' anulo aponevrotico, e perchè le viscere situate profondamente non permettono all' agente meccanico di fare una sufficiente presa, scivolando, mentre il solo

(1) Ogni qualvolta per processo esulcerativo, o gangrenoso, l' ansa intestinale che fu protrusa si apre alcuni giorni dopo la praticata operazione, difficilmente le materie fecali si stravasano nel bassoventre, ma vengono al di fuori per la ferita del sacco, formando una fistola, od un ano contro natura. A sostegno di questa proposizione, io potrei citare per lo meno quattro fatti insigni, sotto questo rapporto, relativi a casi della Clinica Chirurgica. Questa fortunata direzione presa dalle materie intestinali è evidentemente resultato delle adesioni che si di sovente si formano fra l' ansa che fu ridotta, e l' orifizio interno del tramite da cui era passata strozzandosi, e comprova bastantemente la verità dell' emessa proposizione.

tessuto aponevrotico teso, e sporgente è unicamente aggredito, e leso dalla violenza esteriore.

Finalmente si è obiettato, e contro lo sbrigliamento sottocutaneo per lacerazione dell' anulo, e contro quello cruento, non aprendo, od aprendo il colletto del sacco, come noi abbiamo descritto; che creasi una grande apertura di comunicazione fra il ventre, ed il sacco erniario, sicchè viene allontanata, in questi modi procedendo, ogni speranza di guarigione radicale dell' ernia. Contro questa obiezione possiamo far riflettere, che l' operazione eseguita col metodo ordinario mentre ha in sè maggiore gravezza, non provvede alla guarigione permanente e radicale, essendo cosa ovvia, e nota, ed avendo pure io stesso veduti molti, e molti individui operati già da buon tempo d' ernia strangolata, i quali se volevano contenere nel basso ventre le loro viscere, erano costretti a portare un cinto stabile e bene costrutto; eppure nella maggior parte di questi individui la riunione della loro ferita non era avvenuta che per seconda intensione. Farò di più notare, che in tutti gli individui sottoposti all' uno, ed all' altro dei suddetti modi di procedere, mentre nei primi giorni il loro anello, per esuberante larghezza, lasciava facile il varco alle viscere del bassoventre; in progresso del tempo, e quando partirono dallo Spedale, l' ampiezza di quel pertugio era in tutti evidentemente ristretta, e meno facile in conseguenza per quello, la protrusione degli intestini.

Da tutto quanto ho esposto fin qui, sembra potersi ritenere; che per la riduzione delle ernie, abbiamo quattro modi efficacissimi da tentare, i quali si presentano a noi, sotto il rapporto della loro gravezza, in ordine progressivamente crescente; tali sono il taxis, lo sbrigliamento sottocutaneo per lacerazione dell' anulo aponevrotico, quello cruento extra peritoneale, quello nel quale, per necessità, incidesi pure il colletto del sacco per breve tratto, e finalmente il metodo ordinario. Ora ognun sa, per poco che sia versato negli studj dell' arte nostra, che moltissimi errori, e controversie nascono il più delle volte per la smania quasi irresistibile in molti di volere generalizzare certi metodi o processi, i quali applicati nei casi speciali offrirebbero delle grandi risorse, mentre diffusi illimitatamente non ponno riuscire che di reale nocumento agli infermi. Per evitare adunque gli inconvenienti che derivar possono da questo male applicato sistema di filosofare, credo sia indispensabile il convenire, che i suddetti modi, o processi operatorj non sono applicabili che in particolari circostanze, le quali, per quanto è possibile, debbono essere con precisione formulate, onde realmente si possa in tal modo servire ai bisogni del pratico esercizio.

Dopo queste premesse, in primo luogo dirò: che il taxis credo debba tentarsi in tutte quelle ernie nelle quali per la giusta valutazione dei fenomeni locali, e generali, sia calcolandone il grado, l'estensione, il modo di connettersi, e di succedersi, è luogo, e ragione di credere, che le viscere non siano alterate, e guaste per la violenza non solo, quanto per la longevità dello strangolamento. Relativamente allo stracciamento dell'anello, senza ledere il tegumento, esso lo credo pregevole mezzo, e da tentarsi, laddove il taxis non riuscendo ai primi tentativi, vi fosse luogo di ritenere, che alla azione di quello ripetuto con debiti intervalli, facesse pur d'uopo associare l'uso ripetuto dei bagni, dei clisteri, il salasso, la posizione atta a favorire il massimo rilassamento del ventre, il purgante, la dieta rigorosa ec., mezzi tutti che vincolano grandemente la libertà personale del medico, per la somma vigilanza che esigono, esercitano la sofferenza del povero infermo e non senza detrimento delle sue forze, massime negli individui di una età molto avanzata, e di fiacca energia. Ma questo squarciamento dall'anulo non può farsi in tutte le circostanze, perchè nelle ernie piccole, con cingolo molto serrato, e profondo, impossibile, e non senza grave danno delle viscere protruse sarebbe, come noi abbiamo detto, il volere a tutta forza cacciare fra esse, ed il loro anello strozzante, un dito, od altro strumento ottuso di analóga azione meccanica. Esso adunque resterebbe applicabile più facilmente in alcune ernie inguinali comuni, più o meno antiche e voluminose, e nelle quali la validità del cingolo strangolante non è soverchia (1).

(1) Ho sentito sostenere da alcuni, che nei casi in cui questo metodo riesce, non esiste strangolamento; potrei rispondere a questa obiezione col richiamare gli oppositori al secondo fatto da me citato in quest'articolo: pur non ostante mi piace di fare riflettere che l'introduzione del dito, o di altro strumento di azione analoga fra l'anulo ed il sacco, non esclude l'esistenza dello strozzamento nelle ernie inguinali, specialmente oblique, nelle quali il colletto peritoneale può esclusivamente strozzare, come pure *lo strangolamento può esser fatto di preferenza dall'orifizio interno, o addominale del canale inguinale.* In quest'ultima circostanza può esser permesso di introdurre lo strumento lacerante fra il sacco, e l'aponevrosi fino al punto della strozzatura, e rompere ad un tempo l'aponevrosi del grande obliquo nel punto di convergenza superiore dei due pilastri, punto ordinariamente più debole dell'anello pubico; ed il cingolo interno fatto in gran parte da fibre carnee (obliquo e trasverso), dalla ripiegatura falciforme della fascia trasversale, e dal ligamento falloppiano. (Vedi Astley Cooper, Ernia inguinale, pag. 134. Lawrence sul medesimo soggetto; Velpeau, idem; Fabre, idem.) — Ho sentito pure obiettare che lo sbrigliamento sottocutaneo per lacerazione dell'anulo può esporre l'infermo alla perseveranza dei fenomeni di strangolamento, ed alla rientrata in blocco

Quanto allo sbrigliamento cruento-extra peritoneale, esso al certo può avere una applicazione molto più lata, che lo strappamento sottocutaneo dell'anulo aponevrotico, ed in casi più importanti per maggiore validità di strozzamento, purchè sia fa-

dei visceri tuttora strozzati, se il sacco erniario è la cagione assoluta, e prevalente dello strangolamento. A questa obiezione primieramente opporrò, che se l'ernia è voluminosa, se il chirurgo è discreto nei suoi tentativi di riduzione, se usa la cautela di fare pizzicottare, e tener fermo da un assistente il fondo del sacco nelle sue prove di taxis, non è possibile che i visceri rientrino in massa, e questa loro resistenza alla rintroduzione avvertendo il curante sulla natura della causa strangolante, lo farà desistere da ogni tentativo violento, ed egli si atterrà allora ad una prudente espettazione; e quando i fenomeni di strangolamento persevereranno intensi, o andranno esacerbandosi, se erano miti, procederà alla incisione delle parti, ed allo sbrigliamento del collo del sacco. Per buona ventura questo avvenimento reputo meno frequente di quanto sembra potersi ritenere da alcuni, giacchè nelle ernie inguinali, lo strangolamento fatto dal sacco, ritengo più raro di quello che realmente si è creduto da distinti Chirurghi (Dupuytren, Augusto Berard, e Malgaigne ec.). Infatti onde al colletto del sacco erniario sia riferibile la cagione dello strangolamento, fa d'uopo che in esso succedano delle sostanziali alterazioni patologiche, che costituiscono sempre uno stato eccezionale di quella parte, mentre la naturale tenacità, e resistenza degli anelli aponevrotici, per ragione fisiologica, ed insita nei medesimi, faranno sì, che questi anelli più o meno, ma sempre costantemente reagiranno, ogni qual volta una massa di visceri più voluminosa del solito sarà vigorosamente spinta fuori dell'addome, passando attraverso la loro apertura. Di più si è attribuito alla permanente azione del cinto erniario lo ispessimento del colletto del sacco, il ristringimento del suo lume, e quindi la sua attitudine a strangolare: ma di grazia questa stessa azione del cinto, che impedendo (qualora il meccanismo agisca con efficacia) il passaggio dei visceri, favorisce la restrizione del sacco, non favorirà ugualmente il coartamento degli anelli aponevrotici? Ma riportiamoci qui ad un fatto significante: di tanti erniosi che si presentano agli Spedali, e prendo ad esempio l'Arcispedale di questa nostra Città, o come affetti da ernia strozzata, o per esser soccorsi d'altra infermità, quanti mai se ne riscontrano sprovvisti di questo utile meccanismo! Quanti moltissimi pure che portano sull'ernia abitualmente protrusa, cinti erniarj di pessima costruzione, ed assolutamente inefficaci! Come possono cinti di questo genere modificare sensibilmente la spessezza, ed il lume del collo del sacco, quando non bastano a contenere l'ernia, quando la loro azione si fa sentire, se pure agiscono, sull'orifizio pubico del canale inguinale, mentre lo strozzamento fatto all'orifizio addominale, od interno del suddetto canale, sarebbe appunto quello secondo alcuni, costituito dal collo del sacco, in quella regione cioè ove l'azione del cinto è generalmente ancor meno efficace? Di più domanderei ad ognuno quali sono i dati dai quali possiamo desumere che l'ernia è strozzata dal collo del sacco anzichè dal cingolo aponevrotico? In una grandissima quantità d'ernie inguinali strangolate, ho sempre veduto e riscontrato col fatto prima dell'er-

cile mettere allo scoperto, e dominare l'anello suddetto, purchè si abbia, per quanto è possibile in pratica, la coscienza, che le viscere protruse sono in condizioni plausibili.

Relativamente alla prima condizione chiaro si vede con quanta

niotomia un cingolo più, o meno resistente, sottocutaneo, dovuto evidentemente all'azione costrittiva della cintura aponevrotica, e per questa circostanza mai mi è riuscito di costatare quel movimento di progressione e di regresso dall'anello pubico verso quello addominale, o viceversa eseguito dal tumore ernioso, o dal suo colletto, accettato siccome sintoma concludentissimo dal Dupuytren per dimostrare lo strangolamento fatto dal collo del sacco, e contro la significazione del quale in questi precisi termini così si esprime il Velpeau — Medicina operatoria, Ernie inguinali, pag. 369, vol. 2°. « Lo strozzamento nelle ernie inguinali, si fa, » regola generale, all'anello esterno, od all'anello interno del canale. » Quando si fa all'anello posteriore, se si respinge l'ernia si giunge so- » vente a fargli traversare l'anello esterno » (e qui come apparisce chiaro, il Chirurgo si riporta evidentemente ad ernie poco voluminose, le quali sono generalmente fuori del nostro tema) « ed a trasformare l'ernia completa in » un'ernia incompleta ». — « Durante l'operazione il dito portato nel canale » trova ben presto un cerchio mobile, facile a respingere dal lato del ventre: » allora si è potuto credere che questo cerchio fosse formato dal colletto » del sacco, mentre egli è (e qui sembra riportarsi alla propria esperienza) » positivamente costituito dall'anello fibroso posteriore del canale inguinale; » perciò non esito punto ad affermare, che si trattasse d'uno strozzamento » fatto da questo orifizio (interno) in una gran parte di casi attribuiti (da Dupuytren, Berard, King, ec. ec.) al colletto del sacco stesso ». E nel Fabre, Biblioteca del Medico Pratico, Tomo 11, Parigi 1850, trovo espresso all'incirca in questo modo. « Il Sig. Velpeau più d'una volta ha voluto far verificare l'esistenza di questo strozzamento (interno) agli stessi scuolari, che hanno riconosciuto come lui, prima dello sbrigliamento, l'anello fibroso teso, ed il colletto del sacco, che non era stato toccato, spiegarsi dopo la sezione dei margini dell'apertura aponevrotica ».

Ma riportiamoci adesso alla comune pratica di eseguire l'erniotomia, e vediamo quali argomenti se ne possono trarre onde ammettere la frequenza dello strangolamento fatto dal collo del sacco. Aperta questa cavità il Chirurgo generalmente poco si cura di andare a vedere, traendo a se quest'inviluppo, se esso si disimpegna, o no di sotto all'anello aponevrotico, ma tutto intento ad eseguire la parte più delicata, e temibile dell'operazione, sbriglia senza distinzione, ed al tempo stesso, colletto del sacco e l'anulo aponevrotico, ed allora ogni mezzo di distinzione vien meno. In varie ernie inguinali, generalmente antiche, da me sezionate, sopra i cadaveri di vecchi individui, sia per farne soggetto di studio proprio, che per altrui utilità, non mi è mai riuscito di trovare al disotto dell'anello aponevrotico, tale spessimento, o degenerazione degli strati soprapposti al colletto del sacco, da dover ritenere che esso avrebbe potuto divenire causa sufficiente per se di strangolamento delle ernie, senza il concorso almeno degli anelli fibrosi. Il Velpeau (loco citato), la cui pratica non può essere messa in dubbio, si esprime così: « Lo strozzamento (fatto) dal colletto

difficoltà questo modo di sbrigliamento possa applicarsi alle ernie crurali, le quali non di rado hanno la causa strangolante riposta molto profondamente, e spesso anzichè l'anulo apenevrotico, è un divaricamento della lamina cribrosa superficiale, che strangola (Demeaux), onde essendo questa molto sottile, validamente addossata, e quasi immedesimata o confusa coi sottoposti involucri dell' ernia, non potrebbe essere incisa che a stento, con molta difficoltà senza compromettere il collo del sacco, la cui azione strangolante credo sia stata fino adesso troppo frequentemente confusa con quella della suddetta aponevrosi. Quantunque per le addotte ragioni, e molto più perchè mancando di esperienza propria su questo soggetto, io non sia molto propenso, per ora, all' erniotomia extra-peritoneale, nelle ernie crurali, non voglio tacere, per amor della verità, che Petit in antico, e recentemente Bonnet di Lione, ed Augusto Berard l' hanno praticata, e con buon successo. (Vedi Fabre, Vol. II, Bibliot. del Med. Prat. Ernie.) Sir James Luke inglese operando 57 individui erniosi senza aprire il sacco, ebbe 50 guarigioni sopra 7 morti, comprese pure nella sua pratica delle ernie crurali, e pare in numero non indifferente. Vedi Gazzetta medica di Parigi Anno 1848, 14 Ottobre, N° 42. Se vi è ernia in cui questo metodo possa convenire per eccellenza, è senza dubbio l' ernia in-

» del sacco è in realtà un fatto assai raro » e più sotto « il colletto del » sacco propriamente detto non ne è la sede (dello strozzamento), che in *qualche* ernia antica » e di più egli non sarebbe ricorso, come si è veduto di sopra, alle spiegazioni di un fenomeno accreditato dalla rispettabile autorità del Dupuytren, se dalla pratica propria, o dall'altrui gli si fossero offerte prove materiali, dirette, inappellabili (resultati di anatomia patologica) *dello spessimento, coartazione, e rigidità frequenti* del colletto peritoneale. L'opinione del Cooper, è quasi letteralmente conforme a quella del distinto Chirurgo Francese: Lawrence così si esprime: « può accadere, che la bocca del sacco s' ingrossi, e s' indurisca . . . » « Non si può dubitare, che le parti non possano essere strozzate da questa causa, sebbene quest' avvenimento sia molto meno frequente dello strangolamento prodotto dai bordi dell' apertura superiore (riferisce questo suo concetto all' ernia inguinale) ». Con tutto ciò io non negherò mai l' esistenza dello strozzamento prodotto dal collo del sacco, essendo ormai questo un fatto incontrovertibile registrato nei Codici della Scienza, da Ledran in poi; dubito solo della molta frequenza di questa cagione nelle ernie inguinali, e credo di poter sostenere, che fin quì mancano, o non sono stati messi in opera argomenti sufficienti per dimostrarla. Quando l' erniotomia extra-peritoneale troverà presso di noi maggior latitudine di applicazione, ci sarà senza fallo concesso di potere troncare decisivamente questa questione, valutando il numero delle volte che saremo costretti in una data quantità d' ernie strozzate di sbrigliare ancora il collo del sacco, onde togliere lo strangolamento, ed ottenere la riduzione dei visceri.

guinale e specialmente la comune, od obliqua esterna più o meno voluminosa, più o meno antica, riducibile totalmente od in parte, od affatto irriducibile prima dell'ultimo strangolamento. In questa ernia l'anulo è così dominabile, così bene distinto, e così facilmente può passare una tenta fra esso, e le sottostanti parti, che in nessun'altra ernia addominale, e con tanta sicurezza un modo simile di procedere potrebbe applicarsi. Nè mi limiterei, ai casi testè riferiti; ma in linea di prudente esperimento, mi accingerei ugualmente al procedere in questo modo, quando le ernie inguinali comuni fossero di recente data strozzate da poche ore, senza gravissimi fenomeni di strozzamento, di mediocre volume, od anche voluminose (Chelius); sicchè alla sicurezza delle integrità delle parti protruse, si potesse connettere altresì quella di essere lo strangolamento prodotto di preferenza, od essenzialmente dall'anello aponevrotico.

Come questo metodo possa efficacemente applicarsi alle ernie addominali, ed alla ombelicale, io nulla posso dire per pratica, od appoggiato a numerosi esempj dagli altri (1). Solo mi pare, che l'operazione debba essere più difficile, ed esigere molta accuratezza. — Quanto alle condizioni relative allo stato d'integrità delle parti protruse, essa è per me della più alta importanza, quindi riguarderei imprudente fatto lo accingerci a questa maniera di operare quando i più importanti fenomeni locali, e generali, non cospirassero a farci ritenere, almeno con la massima probabilità, sane, ed integre le viscere erniose. Coerentemente a questa importantissima condizione, noi dovremo por mano alla erniotomia in proposito: 1° ogni qual volta non riuscendo il taxis semplice, e coadiuvato da altri noti sussidj, ed il caso escludendo la lacerazione sottocutanea dell'anello, non sarà permesso all'operatore di potere a suo beneplacito assistere e vigilare convenientemente l'infermo sottoposto ai sussidj d'una operosa espettazione; 2° quando le condizioni generali del malato, indipendentemente ancora dai fenomeni dello strangolamento, non permetteranno l'indugio (debolezza, e vecchiaja inoltrata); 3° quando i fenomeni locali, e generali, anzichè persistere nel grado di mitezza compatibile con l'espettazione, e coi ripetuti tentativi del taxis ec., ad onta dei soccorsi impiegati andranno sensibilmente esacerbandosi; 4° quando fin dal princi-

(1) Cooper raccomanda anche nelle ernie dirette lo sbrigliamento extra peritoneale, quando lo strangolamento non è fatto dal colletto aponevrotico. M. Cordan, operò un'ernia ombellicale congenita voluminosissima, e con successo in un bambino di 8 anni, col metodo sottocutaneo (Gazzetta Medica di Parigi, 1840, pag. 682).

pio senza raggiungere il grado massimo di intensità, essi si offriranno al curante di tale importanza da non ammettere indugio, l'ernia essendo d'altronde refrattaria ai primi tentativi del taxis, o non ammettendo lo sbrigliamento sottocutaneo per lacerazione.

Alcuni distinti Chirurghi e fra questi il Velpeau per essere maggiormente sicuri, che lo strozzamento è fatto essenzialmente dal cingolo aponevrotico, e non dal sacco, propongono di praticare lo sbrigliamento extra-peritoneale nelle ernie createsi tutte ad un tratto, contemporaneamente strangolate, *di piccolo volume*, e recentissime. È innegabile che ernie così strozzate possono essere con sicurezza ridotte incidendo il semplice anulo aponevrotico, cagione essenziale dello strozzamento, ma da un' altra parte ernie piccole, e validamente strozzate possono anche in breve tempo (7, ed 8 ore) passare a degli esiti fatalissimi, e non avvertibili per sintomi. Inoltre ad eccezione di ernie inguinali, e comuni, il cingolo validamente addossato al sacco, e più o meno profondo non può che rendere difficile, e pericoloso lo sbrigliamento, ed i pericoli, e danni che possono derivare da queste due circostanze non sono bastantemente equilibrati dai vantaggi del metodo, qualora si rifletta alle facilità che abbiamo generalmente di ridurre nell' addome piccole anse intestinali, ancorchè messe allo scoperto, ed al poco danno che ordinariamente suole derivare dalla apertura di un piccolo sacco erniario. Queste stesse considerazioni possono in parte militare a sostegno della mia opinione circa alla poca convenienza dell' erniotomia extra-peritoneale delle ernie crurali.

Relativamente allo sbrigliamento del collo del sacco erniario dirò, essere questo un metodo da non potersi proporre *a priori*, ed esser quasi sempre la conseguenza dello sbrigliamento extra-peritoneale, riuscito infruttuoso. Quello però che in me sento necessario di dovere vivamente raccomandare, è questo; che cioè il chirurgo non corra così per fretta ad incidere il sacco, tosto che avendo tagliato l'anello pubico, e la parete anteriore aponevrotica del canale inguinale, vedrà il collo del sacco non distendersi, e troverà le viscere ribelli alla riduzione. Prima di accingersi all' apertura del peritoneo, si ricordi, che le fibre dell' obliquo, e del trasverso, non che la piega falciforme della fascia trasversale, fatta in qualche caso più spessa, possono in corrispondenza dell' anulo interno, o addominale, che per la massima parte formano, esercitare talvolta una azione costrittiva, valida per se, qualora non venga tolta, a mantenere lo strangolamento, ed impedire l' entrata dei visceri, indipendentemente dal collo del sacco, che può essere in questi casi della naturale spessezza, come lo stesso insigne Scarpa ha pure osservato.

A conferma di questo mio avvertimento, placemi riferire la seguente esperienza. — La sera del 28 Novembre del corrente anno, avendo avuto a mia disposizione il cadavere d'un vecchio affetto da oscheocele antico, ed assai voluminoso, a destra, così mi accinsi a studiarlo. Tolsi prima di tutto la pelle, e le due lamine superficiali, sicchè il sacco del peritoneo rimase semplicemente coperto dall'aponevrosi sottile, che si distacca dalla circonferenza dell'anello pubico, e dalla fascia trasversale, la quale in tutta la sua estensione era evidentemente assai spessa, e resistente. Dopo questo preparativo spinsi nel cavo del sacco dalla parte dell'addome, e le tenni fisse nel fondo del medesimo mediante un laccio che ne traversava le pareti, due anse d'intestino tenue, le quali fatte violentemente gonfiare distesero il sacco, ed in corrispondenza dell'anello inguinale, rimasero validamente compresse, come se realmente fossero state strozzate. Mi assistevano in questa manovra l'eccell^{mo}. Dott. Andrea Buzzaccherini, praticante interno di questo R. Arcispedale, il sig. Robusto Mori praticante esterno, ed altri giovani dei quali non saprei dire il nome.

Mentre le parti stavano distese nel modo testè accennato, io mi accinsi allo sbrigliamento, seguendo quelle precise cautele, che si sogliono usare operando sul vivo. Incisa la sottile lamina più superficiale involvente il sacco peritoneale, passai una tenta fra la fascia trasversa, e l'aponevrosi del grande obliquo, e quindi sbrigliai l'anello pubico, e quella fino all'orifizio superiore del canale inguinale; ma il cercine strangolante, mi sia concesso di dire così, non si cancellò: vidi allora, che le fibre del piccolo obliquo, e del trasverso, corroborate dalla ripiegatura falciforme della fascia trasversale, mantenevano sempre la depressione circolare dell'intestino, onde fatta una piccola incisione in detta aponevrosi, e passata per quel pertugio una tenta scannellata, fra quella, e la membrana peritoneale, eseguii lo sbrigliamento in alto di quei tessuti strangolanti, e tosto ogni segno di pressione meccanica scomparve affatto, e la bocca del sacco, che prima di questa incisione appena ammetteva nella sua cavità due dita riunite, si rese subito distraibile in modo, e così facilmente, che col minimo sforzo poterono introdurvisi le ultime quattro dita riunite della mano esploratrice. Non contento di questo, distaccai il sacco peritoneale dai suoi esterni inviluppi, non già per dissezione, ma per stiragliamento, onde non alterare col coltello la densità dei tessuti, e tratto così fuori, ed isolato il sacco, fatto essenzialmente dal peritoneo, potei persuadermi, come avvenne allo Scarpa, studiando anatomicamente un'ernia scrotale voluminosa esistente da venti anni, che ancora in

questo caso di ernia antica ed assai voluminosa, il colletto del sacco peritoneale, essendo di naturale spessezza, non poteva formare la condizione essenziale dello strangolamento. Il resultato di questa esperienza per ciò che concerne l'azione, e la sede delle potenze strangolanti estrinseche al tessuto proprio del sacco, sembra tenere molta relazione con la riduzione delle ernie per lacerazione sottocutanea degli anelli. In questi casi il dito, od altro strumento di analoga azione, entrando fra il sacco, e l'aponevrosi del grande obliquo, provano evidentemente, che essa, ed il suo anello pubico non sono la principale cagione dello strangolamento, e perciò l'ernia non si riduce finchè la lacerazione non viene estesa ancora all'orifizio interno o addominale del canale dell' inguine.

Resta finalmente l'erniotomia da eseguirsi col metodo ordinario. La ferita, che si pratica nel sacco peritoneale, il pericolo d'offendere gl'intestini nell'atto dello sbrigliamento, ed i vasi che sono situati intorno agli anelli, il cui sangue può versarsi inosservato nella cavità dell'addome (Astley Cooper); l'esposizione all'aria atmosferica delle viscere protruse; i maneggiamenti immediati, spesso lunghi, e penosi, che dobbiamo esercitare su quelli, onde riporli nella loro sede naturale, e perciò i pericoli dell'enterite, e della peritonite, non sempre dominabili dall'arte; le suppurazioni del sacco, e non di rado la sua mortificazione gangrenosa; la lunga cura richiesta per la completa guarigione della ferita, il più spesso risanante per seconda intensione, rendono assai temibile quest'atto operatorio, massime in ernie di volume notabile, e far debbono, a parer mio, circospetti anche i più valenti chirurghi a non intraprenderla senza il concorso d'indicazioni bene determinate (1).

(1) A comprovare il grado di gravezza relativa dei metodi intra, ed extraperitoneale, vengono in scena le statistiche comparative.

Per statistiche raccolte da Malgaigne — Juman, ed altri — Cooper — Textor — Didday — Lawrence — Luke — Key, — dalla Clinica Chirurgica di S. M. Nuova dal 1829 al 1833 inclusive, e dal 1848 al 1852 inclusive risulta, che di 622 erniosi d'ambo i sessi operati, 295 morirono, e 327, sopravvissero.

Da 9 statistiche di Travers — Dorkor — Scarpa — Clement-Hey — Juman stesso — degli Spedali di Guy — di Scozia — di Liverpool, risulta, che in 119 operati col metodo ordinario, si sono avuti 49 morti. (Gazette med. de Paris, 1843, N° 42, pag. 812.)

Per quello che è a mia notizia, dalla pratica complessiva di James Luke — Bonnet di Lione — Key — Duncan — Astley Cooper, e più il caso da me citato del Grazzini, e per quello che mi è stato riferito dall'Eccellmo. Dott. Pasquale Landi, il quale nel suo viaggio a Londra raccolse la statistica degli operati di ernia nel 1851 a *London Hospital*, risulterebbe, che sopra 107

Questo modo di procedere adunque dovrebbe essere, almeno credo, di preferenza adottato.

1° Nelle ernie piccole, strangolate con grande acutezza di fenomeni, con cingolo situato molto profondamente, e difficilmente distinguibile dal collo del sacco.

2° In tutte quelle ernie nelle quali vi fosse ragione di credere essere le viscere protruse costituite in condizioni deplorabili.

3° Nelle ernie in cui lo strozzamento si potesse credere residente nel sacco erniario, e non già negli anelli o nel collo del medesimo (Vedi per la sintomatologia i più noti trattati di patologia chirurgica).

4° Nelle ernie congenite in cui il testicolo aderisce alle viscere protruse, l'ernia sovente irriducibile per questa cagione, riesce agli infermi oltre modo molesta e dannosa, quindi se il tumore non sia eccessivamente grosso, l'apertura del sacco potrebbe permettere al chirurgo di rendere la glandula seminifera indipendente dagli altri visceri, e di liberare così il paziente da dei reali pericoli, ed abituali patimenti. Nell'anno 1849 il di 1° Marzo operai d'ernia congenita a sinistra, assai voluminosa, in S. M. Nuova, il sig. P. P. di Cortona di anni 28. Aperto il sacco trovai l'intestino unito all'omento, e questo al testicolo mediante certe briglie corte, ed assai resistenti: queste furono incise, ed i visceri ridotti nella loro naturale sede. Il malato con assai sollecitudine guarì felicemente, e gode tutt'ora prospera salute.

Se mi sono trattenuto a lungo su questa materia, ciò è dipeso

operati con erniotomia extra-peritoneale, 89 sarebbero guariti, 18 periti, cioè quasi la sesta parte degli individui sottoposti all'operazione.

Ad onta che questa cifra stia a vantaggio della erniotomia extra-peritoneale, mi è forza di fare osservare, che tanta sproporzione fra la mortalità nei due metodi, non può essere esclusivamente subordinata alla loro influenza, giacchè ad inalzarne le cifre nel metodo ordinario vi cooperano a parer mio due potissime circostanze: — 1° Che i Chirurghi si accingono ordinariamente assai tardi ad eseguire tale operazione, che produce una ferita penetrante nell'addome, e pone allo scoperto visceri nobilissimi. — 2° Che l'erniotomia comune potendo essere eseguita in tutti i varj gradi di strangolamento, lo che non può essere per l'operazione extra-peritoneale, ne segue che gli esiti non solo debbono essere subordinati all'influenza dell'atto operatorio stesso, ma bensì a quella non indifferente delle condizioni generali del paziente. Onde conclusioni esatte si potessero trarre sarebbe indispensabile, che il confronto cadesse fra ugual numero di ernie voluminose, e costituite, per quanto è possibile averlo nei casi pratici, nelle medesime circostanze. — Le cifre numeriche allora indicherebbero molto, e credo preponderebbero sempre a grande vantaggio della erniotomia extra-peritoneale.

perchè mi è sembrata di molta importanza, e perchè nutrendo nell'anima vivo desiderio, che questi concetti vengano sottoposti dai miei confratelli alla prova del pratico esperimento, era pur d'uopo che ai medesimi esponessi, e cercassi altresì di appianare quelle difficoltà, ed obiezioni, le quali naturalmente possono presentarsi in un subietto di tale importanza. Quanto poi ad una capitale obiezione, che potrebbe affacciarsi da ognuno, circa ai pericoli di potere introdurre nell'addome, e come suol dirsi alla cieca, visceri alterati dalla violenza meccanica dello strangolamento, o dal processo di gangrenazione, a me sembra poter rispondere con questa sola sentenza, la quale altro non è che il compendiato riepilogo di quello che è stato detto fin qui; « *soccorrete sollecitamente gl' individui affetti da ernia strozzata, però non sempre col medesimo, e più grave compenso, che possiede la chirurgia; ma dalla guida dei dati patologici, adattate sagacemente pei varj casi, or l'uno, or l'altro dei mezzi di riduzione, che sono attualmente in nostro potere.*
